

Anmeldebogen für Therapieinteressierte

An die
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
KU Eichstätt- Ingolstadt
Levelingstr. 7
85049 Ingolstadt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten und an oben genannte Adresse per Post zurückzuschicken. Selbstverständlich werden wir Ihre Angaben vertraulich behandeln.

Bei akutem Bedarf, im Krisen- oder Notfall wenden Sie sich bitte an die auf der Website angegebenen Notfallnummern oder an Ihren behandelnden Arzt oder Ihre behandelnde Ärztin.

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Straße:	PLZ/ Ort:
Telefonnummer:	Email:
Beruf/ Schule:	Familienstand:

Dürfen wir uns am Telefon als „Hochschulambulanz“ melden, wenn wir Sie zurückrufen? ja nein

Dürfen wir eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen? ja nein

Nur bei minderjährigen Patienten:

Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> gemeinsam
	<input type="checkbox"/> bei einem Elternteil:
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Bitte fügen Sie dem Anschreiben die unterschriebene **Sorgerechtserklärung** bei.

Krankenkasse:	Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Ihr **Anliegen**:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Anmeldebogens. Wir werden uns zeitnah mit Ihnen per Telefon in Verbindung setzen, um Ihnen die gewünschten Informationen zukommen zu lassen und das weitere Vorgehen zu besprechen.